FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N° 404

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DE L'ALBUMINURIE DANS L'AMYGDALITE CHRONIQUE

PAR

MAURICE TARIN

Né à Lorris (Loiret), le 24 août 1887.

Président : M. ACHARD, *professeur*

PARIS
ALFRED LECLERC, ÉDITEUR
19, Rue Monsieur-le-Prince, 19

1913

40 E

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913 — **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DE L'ALBUMINURIE DANS L'AMYGDALITE CHRONIQUE

PAR

MAURICE TARIN

Né à Lorris (Loiret), le 24 août 1887.

Président : M. ACHARD, *professeur*

PARIS
ALFRED LECLERC, ÉDITEUR
19, Rue Monsieur-le-Prince, 19

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	CHAUFFARD GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNI
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GRÉGOIRE	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GUÉNIOT	LŒPER	RICHAUD
BROCA André	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
CAMUS	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	LABBÉ Marcel	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVAS TINE	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LECÈNE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE		OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS ET AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur BOURCY.

Monsieur le Professeur SEGOND (*in memoriam*).

Monsieur le Professeur agrégé RICARD.

Monsieur le Docteur DOLERIS.

Monsieur le Professeur HUTINEL.

A Monsieur le Professeur agrégé CASTAIGNE

Médecin des Hôpitaux.

Qu'il nous soit permis d'adresser à Monsieur le Professeur agrégé Castaigne l'expression de notre profonde reconnaissance pour ses excellentes leçons de l'Hôpital Saint-Antoine, et pour la bienveillance qu'il a bien voulu nous témoigner dans la préparation de cette thèse.

A Monsieur le Docteur BOURGEOIS

Médecin des Hôpitaux.

Que nous remercions d'avoir bien voulu mettre à notre disposition les observations qu'il possédait.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur ACHARD

Médecin de l'hôpital Necker
Professeur de pathologie et thérapeutique générales
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur.

CHAPITRE PREMIER

L'ALBUMINURIE COMPLICATION FRÉQUENTE DES ANGINES

De nombreux auteurs ont étudié l'albuminurie et la néphrite consécutives aux angines aiguës, et c'est là maintenant, peut-on dire, notion classique. Dès 1868, Lasègue dans son *Traité des Angines*, insiste sur ce fait que l'angine est une maladie générale, et fait pressentir déjà la possibilité d'une complication rénale. En 1880 et 1881, Kanneuberg, Bouchard mettent hors de doute la présence fréquente de l'albumine dans les urines de sujets atteints d'amygdalite aiguë ; Landouzy en 1883, dans ses cliniques de la Charité, décrit le type clinique de l'angine infectieuse, avec retentissement sur l'état général (fièvre, délire, dépression, asthénie, etc.), avec localisations morbides extra-pharyngées (néphrites) ; avec cette conception, comme le fait remarquer Landouzy, que des faits cliniques deviennent compréhensibles dont l'interprétation pouvait jadis paraître difficile et obscure ; on com-

prend mieux cette dépression considérable qui fait que les malades sont brisés pour plusieurs jours, cette convalescence souvent plus longue que la maladie, et dont la durée est hors de proportion avec les désordres locaux, qui ont été insignifiants et se réparent facilement ; on comprend mieux pourquoi ces amygdalites sont l'apanage de l'adolescence et de la jeunesse principalement, car à cet âge la gorge est dans des conditions particulièrement favorables à l'absorption des germes infectieux, et de plus les sujets offrent moins de résistance à l'envahissement et à la multiplication des agents pathogènes. On comprend mieux enfin la prédisposition qui tient au tempérament lymphatique ; car les sujets lymphatiques ont des amygdales qui par leur hypertrophie chronique offrent une large surface à l'absorption et des sécrétions abondantes qui constituent un milieu fertile pour la culture.

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire l'observation qui a servi de thème aux idées développées par Landouzy.

OBSERVATION

(publiée par M. Landouzy, *Progrès Médical*, 1883.)

R... Clémence est entrée le 2 août. Elle a 29 ans ; elle a l'aspect vigoureux, en dépit d'un certain air de lymphatisme. L'avant veille, il lui est survenu un mal de gorge en même temps que finissaient ses règles, qui ont eu de tous points leurs allures ordinaires.

La déglutition est douloureuse ; la salive n'est pas avalée sans que la face ne devienne grimaçante. Pas de tuméfaction du cou, ni de la région sous-maxillaire. Seule une exploration profonde révèle le gonflement d'un ganglion à l'angle gauche du maxillaire.

L'examen de la gorge montre : une rougeur violacée et œdémateuse de la partie gauche du voile du palais ; un gonflement et une rougeur violacée du pilier antérieur gauche que déborde fortement l'amygdale turgide et violacée ; aucune concrétion dans les cryptes amygdaliennes ; la luette œdémateuse ; une faible rougeur du voile du palais et de l'amygdale à droite. Tous ces signes auxquels il faut ajouter la céphalalgie, la fièvre vive, la contracture, etc., pouvaient faire craindre un abcès de la gorge.

L'inspection complète et minutieuse de la peau et des muqueuses ne révèle aucune éruption, ni érosion ; les jointures sont normales et non douloureuses ; chacun des viscères paraît sain. Seules les urines sont altérées ; elles sont manifestement albumineuses ; l'albumine est de l'albumine rétractile. Au microscope, quelques cylindres granuleux ; n'était cette albuminurie, R... paraîtrait tout uniment atteinte d'une angine inflammatoire. Vomitif.

Le soir la malade est un peu mieux.

Le lendemain l'état général et l'état local sont les mêmes. Ventouses sèches sur les reins, régime lacté.

5 août. — R... a moins de fièvre, l'état local est meilleur, l'examen des urines donne le même résultat.

6 août. — L'état local s'améliore, le voile du palais, le pilier gauche, l'amygdale sont à peine rouges et à peine tuméfiés. Aucun dépôt, aucun blanc, aucune production anormale dans la gorge. Révision est faite, avec résultats négatifs, de la peau et des muqueuses. Mêmes caractères des urines.

9 août. — Albuminurie nette encore, mais moins abondante. Plus de gêne dans la gorge.

10 août. — Abuminurie douteuse.

12 août. — La malade sort. Urines sans élément figuré, sans albumine ; l'amygdale gauche forme toujours une manière de petit moignon débordant un peu la loge amygdalienne.

Depuis cette époque, nombreuses sont les thèses qui mettent au point la conception de ces premiers auteurs : Benoist Gonin (*Thèse Lyon*, 1882) ; Milsonneau (*Thèse Paris*, 1885); Rousseau, Laffitte (*Thèses Paris*, 1888); Descoings, Vignerot (*Thèses Paris*, 1890) ; Sallard (*Thèse Paris*, 1892) ; Dubost (*Thèse Paris*, 1896) ; etc.

Par conséquent, bien connues depuis les premiers travaux de Bouchard, Kannenberg et Landouzy, et depuis ces travaux ultérieurs, les albuminuries consécutives aux angines aiguës ne sont pas rares. Léon Bernard et Comby ont en 1908 (octobre et novembre 1908) à la Société Médicale des Hôpitaux, insisté sur leurs particularités cliniques : « Il est vraisemblable, disait Léon Bernard, que l'amygdale sert ici de porte d'entrée à un microbe qui va souvent frapper le rein et laisse sur son passage une lésion en générale légère et éphémère, comme le sont ces angines suivies de néphrite. A coup sûr, deux caractères essentiels marquent cette néphrite aiguë d'origine amygdalienne : l'hématurie et la bénignité de l'évolution ; l'hématurie n'a jamais manqué dans aucun des cas que nous avons observés, il est généralement le premier symptôme qui apparaisse, dure quelques jours, puis fait place à une albuminurie qui disparaît elle-même après un certain temps. En effet, tous les faits que nous avons vus ont guéri... A coup sûr il s'agit d'une variété de néphrite, à la-

quelle l'origine, les symptômes et l'évolution confèrent une personnalité qu'il n'est pas inutile de connaître et peut-être cette forme absorbe-t-elle un grand nombre de faits autrefois décrits sous le nom de néphrite *a frigore* » ; et J. Comby ajoutait : « ... Quelle est la cause habituelle de ces néphrites aiguës infantiles bénignes ? Presque toujours, en cherchant bien, on trouve une porte d'entrée dans le fond de la gorge, tantôt c'est une angine bien caractérisée, une amygdalite avec ou sans dépôt blanchâtre, tantôt c'est une vague pharyngite érythémateuse, tantôt c'est une adénoïdite ou rhino-pharyngite grippale. En résumé, c'est une infection banale, strepto ou staphylococcique, qui s'est faite par la gorge, et qui tantôt s'est arrêtée devant la barrière des ganglions voisins, tantôt a pénétré dans la circulation sanguine pour aller irriter le rein. Il y a chez les enfants, dans les cavités rhino-pharyngées et dans la gorge, une muqueuse friable doublée d'une épaisse couche de tissu lymphoïde, qui constitue pour les microbes un excellent milieu de culture ; là se trouvent de larges portes d'entrée pour toutes les infections et l'on ne doit pas être plus étonné de rencontrer des néphrites aiguës d'origine pharyngée qu'on ne le serait devant une pneumonie, endocardite, de même origine ; la plupart des infections aiguës de l'enfance, spécifiques ou banales, ont leur porte d'entrée dans la gorge.

C'est là du reste un fait qui cadre bien avec la conception qu'à l'heure actuelle nous avons des néphrites dans leurs rapports avec les maladies infectieuses. Sans doute il faut faire au terrain une large part dans l'éclosion de la maladie, sans doute il faut tenir compte de toutes les

prédispositions individuelles, de tous ces cas de débilité rénale, sur lesquels M. Castaigne a insisté ; mais il n'est pas moins vrai que les néphrites sont « toujours la conséquence d'une toxémie qui retentit sur le rein » (Castaigne, *Maladies des reins*), toxémie qui agit par trois grands ordres de causes : les infections, les intoxications exogènes, les auto-intoxications. On connaît les néphrites mercurielles et cantharidiennes ; on connaît les néphrites des auto-intoxications hépatiques, gastro-intestinales ; on connaît également les néphrites de la scarlatine, de la grippe, de la pneumonie, néphrites déterminées soit par les microbes, soit par leurs toxines, le degré de virulence et la dose du poison qui circule expliquant d'ailleurs les variations de la réaction organique et l'intensité différente des lésions.

L'angine aiguë étant, au même titre que la pneumonie par exemple, maladie infectieuse, générale, on s'explique facilement qu'elle puisse de même retentir sur le rein et déterminer des lésions de néphrite. Expérimentalement d'ailleurs, Lexer, en opérant sur des lapins et en leur badigeonnant le pharynx avec des cultures virulentes de streptocoques, a vu que ces animaux succombaient après vingt-quatre ou quarante-huit heures, après avoir présenté des symptômes d'infection généralisée. A l'autopsie des animaux, le streptocoque se retrouvait dans tous les viscères.

Que l'amygdale serve souvent de porte d'entrée à diverses infections, c'est donc maintenant notion bien établie et de même que nous savons combien fréquemment le rhumatisme articulaire aigu débute par une angine

érythémateuse, nous savons également bien que l'albuminurie est complication assez commune des angines ; et sans doute pourrait-on trouver souvent à l'origine d'une néphrite aiguë ou chronique en apparence primitive un mal de gorge plus ou moins léger.

CHAPITRE II

ALBUMINURIE CONSÉCUTIVE A L'INFECTION CHRONIQUE DES AMYGDALES

OBSERVATIONS

Nous voulons, dans ce travail, insister sur un point particulier qui nous a paru moins étudié et un peu moins connu ; nous essayerons de montrer quel rôle important joue l'infection chronique des amygdales dans la pathogénie de l'albuminurie.

I. — Diverses formes d'infection chronique des amygdales.

Très souvent, en effet, les amygdales, sans présenter des signes d'infections aiguë, présentent des lésions chroniques d'infection, qui ne sont pas moins intéressantes à étudier.

Organes lymphatiques, placés comme des gardiens à l'entrée des voies respiratoires et digestives, les amygdales (et nous avons en vue ici toutes les variétés d'amygdales qui forment ce qu'on appelle avec Waldeyer le grand cercle lymphatique du pharynx, amygdales palatines, amygdale pharyngienne, amygdale tubaire), les amygdales sont très souvent, de par leur situation et leur structure, le refuge habituel des microorganismes, — microorganismes toujours prêts d'ailleurs à exalter leur virulence et à envahir l'organisme, — et qui constituent par leur présence un danger permanent.

L'hypertrophie des amygdales est une des formes fréquentes de l'infection chronique : toutes les parties de l'amygdale prennent part à l'hypertrophie, le tissu lymphoïde aggloméré en follicules, le tissu conjonctif qui réunit les follicules, et la muqueuse qui recouvre la tonsille en pénétrant dans les cryptes dont elle est creusée ; l'amygdale hypertrophiée est molle si l'hyperplasie du tissu lymphoïde est dominante, elle est indurée si l'hyperplasie porte sur le tissu conjonctif (Cornil, *Société Médicale des Hôpitaux*, juillet 1881). Les amygdales palatines hypertrophiées font une saillie plus ou moins considérable hors des piliers, et viennent parfois au contact de la luette ; elles offrent toutes les nuances depuis le rose jusqu'au rouge foncé ; elles sont de consistance molle chez les enfants lymphatiques et strumeux avant la puberté et coexistent alors avec les végétations adénoïdes ; elles sont de consistance dure, chez les adultes surtout, où elles sont la conséquence d'une série d'amygdalites chroniques ; — elles peuvent être pédiculées :

l'amygdale dans ce cas tient à la paroi externe de sa loge par un pédicule bien net, et se voit facilement tout entiere, libre d'adhérences avec les piliers ; — tantôt au contraire l'amygdale est enchatonnée, c'est-à-dire recouverte en partie par les piliers du voile, et surtout par un repli muqueux (pli triangulaire de His) qui part du pilier antérieur du voile ; dans ce cas l'examen est plus difficile, la partie antérieure de l'amygdale et son pédicule sont invisibles, seule sa face interne se présente à la vue ; parfois une nausée provoquée par l'abaisse-langue facilite l'examen, et fait saillir de leur loge les amygdales enchatonnées qui se cachaient. — Dans ces différentes formes, en tout cas, l'hypertrophie des amygdales, au lieu d'être un signe de plus grande activité, n'est que le résultat d'une dégénérescence inflammatoire chronique, augmentant la vulnérabilité du tissu.

L'amygdalite lacunaire caséeuse est une autre forme d'amygdalite palatine chronique, consécutive le plus souvent à une série d'amygdalites catarrhales aiguës ; les lésions consistent essentiellement en un rétrécissement des orifices des cryptes qui, dans la profondeur, sont dilatées ; ce rétrécissement est dû à l'hypertrophie des follicules lymphatiques. A l'examen de la gorge, on voit, sur les amygdales ordinairement grosses, les orifices cryptiques faire saillie ; lorsqu'on les comprime avec l'abaisse-langue, il s'en échappe un magma pâteux et caséeux constitué par des cellules épithéliales desquamées, de la graisse, des acides gras, quelques leucocytes et des microbes pathogènes (staphylocoques, streptocoques) ou saprophytes (leptothrix). Un stylet mousse

introduit dans les cryptes y pénètre profondément, et, si on le recourbe, on arrive quelquefois à le faire ressortir par un crypte voisin, les cavités anfractueuses de l'amygdale pouvant communiquer entre elles (*in Pratique Médico-Chirurgicale*, Grenet).

Souvent d'ailleurs, dans ces cas, à l'examen de la gorge on ne trouve pas des amygdales volumineuses, hypertrophiées, laissant voir facilement des amas caséeux. Des glandes petites, enchatonnées, provoquent parfois les accidents infectieux les plus graves : Coupard, comme le fait remarquer Gruet dans l'article du *Caducée* que nous verrons plus loin, insistait sur ce dernier point. « Cependant l'infection de ces amygdales enchatonnées est à prévoir, quand le pilier antérieur bombe en avant et présente une teinte rouge sombre, vineuse. L'incision du pilier qui d'ailleurs facilite le morcellement de la glande découvre souvent une foule de foyers caséeux dont les produits n'ont pu être expulsés en raison même de l'enchatonnement. »

II. — Complications de l'infection chronique des amygdales.

A priori, l'existence des accidents à distance de l'amygdalite chronique paraît admissible ; car ces accidents représentent en somme ceux que l'on observe assez fréquemment, nous l'avons vu, au cours de l'amygdalite aiguë. Si le foyer infectieux persiste, même sous une forme atténuée, latente, les lésions à distance, les com-

plications qu'il a provoquées doivent durer tant que ce foyer n'est pas éteint ; et nous venons de voir que ces conditions sont réalisées dans l'amygdalite chronique.

Différents auteurs ont décrit la dyspepsie d'origine amygdalienne, l'adénite cervicale chronique, l'anémie avec asthénie et amaigrissement.

Nous aurons en vue, ici, l'albuminurie, comme complication de l'infection chronique des amygdales, et nous allons d'abord démontrer son existence à l'aide des observations qui suivent :

III. — L'albuminurie, complication de l'infection chronique des amygdales. Historique. Observations.

P. Gallois, dès 1897, a l'idée de rechercher, dans la pathogénie des néphrites et endocardites, la part qui revient à la présence des végétations adénoïdes, c'est-à-dire « à la présence de toute affection naso-pharyngée chronique » ; et dans un article du *Bulletin Médical* du 26 septembre 1897 (néphrites et endocardites chez les adénoïdiens), il expose les résultats de son enquête : « Les néphrites, dit-il, me paraissant être comme les endocardites des affections très fréquemment bactériennes, j'étendis mon enquête aux sujets âgés de moins de 20 ans, atteints d'albuminurie... Voici de quelle façon j'ai fait mon enquête. Chargé du service de la consultation médicale à l'hôpital Lariboisière, j'ai, dans l'espace de 6 mois, de mars à septembre, relevé tous les cas de

néphrite ou d'affection cardiaque venant s'offrir à mon observation ; ces enfants, je les envoyais ensuite à la consultation de laryngologie. Je leur donnais une fiche, et les priais de me rapporter sur cette fiche le diagnostic porté dans le service de M. Gougenheim sur l'état de leurs voies aériennes supérieures.

Et Gallois cite les observations suivantes, que nous retrouvons dans la thèse de son élève Letainturier de la Chapelle (*Thèse Paris*, 1897) :

OBSERVATION I

(*in thèse* Letainturier de la Chapelle)

Edmond G..., âgé de 10 ans. Nous n'avons pu retrouver chez ce petit malade, venu nous consulter le 19 mai 1897 pour des symptômes de néphrite, aucun antécédent pathologique, rien qui put servir d'étiologie à cette néphrite. Sa mère ne s'est pas rappelée l'avoir jamais vu malade ; elle raconte qu'il aurait eu seulement une grande peur, à laquelle elle a attribué les accidents actuels, et qui a précédé de quelques temps leur apparition.

Le 18 mai 1897 on a remarqué un œdème des bourses et des jambes qui avait été précédé d'ailleurs, pendant le dernier hiver, de bouffissure du visage.

A l'examen des urines on observe des flots d'albumine, précipitée par l'acide azotique. Le premier dosage a indiqué 4 gr. 50. La tension artérielle était faible, l'examen du cœur n'a indiqué aucune lésion.

En l'absence d'antécédents pathologiques, nous avons con-

seillé un examen spécial du nez et du pharynx qui a permis de diagnostiquer une rhinite et des végétations adénoïdes.

Le malade a été mis au régime lacté, l'albumine a disparu d'une façon complète.

OBSERVATION II

(*in thèse* Letainturier de la Chapelle)

Paul R.. cinq ans, a eu d'après le dire de sa mère, trois fois la rougeole (?) vers l'âge de trois ans ; la varicelle à 4 ans; après sa dernière rougeole on a observé chez lui un écoulement par les oreilles et le nez.

Ses parents l'ont amené à la consultation de l'hôpital Lariboisière le 20 mai 1897, parce qu'ils avaient remarqué depuis huit jours un aspect hématurique particulier de son urine. Il accuse aussi de la céphalalgie et présente de l'œdème de la face.

On trouve chez lui de l'albumine en abondance et un peu d'hématurie.

Nous avons également pu remarquer un facies adénoïdien assez prononcé, et nous l'avons fait examiner au point de vue des lésions du naso-pharynx. On lui a effectivement trouvé des végétations adénoïdes.

Sous l'influence du régime lacté, l'albumine a cessé peu à peu pour disparaître bientôt complètement.

OBSERVATION III

(*in thèse* Letainturier de la Chapetle)

Néphrite, végétations adénoïdes disséminées.

Rosine T..., 18 ans.

Antécédents personnels : rougeole à l'âge de neuf ans.

Vient à la consultation le 18 août 1897. Il y a quelques jours, elle s'est aperçue qu'elle avait la face bouffie, les mains et les jambes enflées, surtout le soir. Elle consulte un médecin qui constate la présence d'albumine dans les urines.

L'œdème a disparu au bout de deux jours. La malade est revenue à l'hôpital parce qu'elle a certain degré de pâleur de la face, et elle sent qu'elle perd peu à peu de ses forces. Elle se plaint encore de s'enrhumer fréquemment, de respirer difficilement par le nez, elle dort la bouche ouverte.

Cette malade est examinée par M. Gougenheim, qui lui a trouvé des végétations adénoïdes, opérées le 20 août.

L'urine contenait encore de l'albumine au moment où elle est venue nous trouver.

OBSERVATION IV

(*in thèse* Letainturier de la Chapelle)

Néphrite. Hypertrophie du tissu adénoïde. Déviation de la cloison.

Jeune fille de 15 ans, Alice M...

Aucun antécédent pathologique, ni scarlatine, ni fièvre typhoïde.

Ne se rappelle pas avoir jamais eu le moindre accident fébrile. Elle aurait commencé à ressentir des troubles assez vagues à la suite d'un bal où elle aurait pris froid en septembre 1896. Elle a remarqué que les jours suivants ses urines étaient très foncées.

En février 1897, les accidents ont éclaté plus nettement. Elle a eu alors un gros rhume, elle a ressenti des battements de cœur. L'albumine a été alors découverte dans l'urine. Elle n'a jamais eu d'œdème des jambes. Nous l'avons vue en juin 1897 ; l'albumine était encore assez abondante.

La malade se plaignait aussi de respirer difficilement, elle nous a dit qu'elle dormait la bouche ouverte, et à l'examen de la cavité buccale, nous avons remarqué de plus une voûte palatine ogivale très accentuée ; la malade a été soumise à un examen, et le diagnostic fait au service de laryngologie de l'hôpital Lariboisière a été « Hypertrophie du tissu adénoïde, déviation de la cloison ».

L'albumine a disparu peu à peu jusqu'au 20 août, sous l'influence du régime lacté.

« En somme, ajoute Gallois, la coexistence de végétations avec les infections viscérales chez les jeunes sujets est très fréquente ; dans les quatre premiers cas de néphrite on ne trouvait aucune cause expliquant le développement du mal de Bright et on peut alors admettre que les végétations adénoïdes aient été la cause suffisante de l'affection rénale.

Et d'autre part, Letainturier de la Chapelle dit dans les conclusions de sa thèse : « Même dans les cas où une cause prédisposante aurait occasionné endocardite et néphrite, la part des végétations adénoïdes dans la genèse des accidents n'est pas discutable. Ainsi dans la scarlatine le mauvais état des voies aériennes supé-

rieures semble être une cause adjuvante dans l'apparition des néphrites et endocardites. D'où il résulte qu'il est très important de pratiquer la désinfection naso-pharyngée chez tous les sujets qu'on suppose atteints d'infection naso-pharyngée. En résumé, chez tout enfant atteint de néphrite ou endocardite, vérifier l'état du naso-pharynx. »

Attias, en 1901 dans sa thèse « Sur la Rhino-Pharyngite et l'Amygdalite chronique, et de leurs conséquences chez les enfants », cite l'enquête et les observations de Gallois, et déclare à son tour que « ce qu'une amygdalite aiguë peut faire, une rhino-pharyngo-amygdalite est sans doute capable de le réaliser, d'autant plus que de fréquentes poussées aiguës surviennent au cours de ce processus chronique. »

Pallegoix en 1901-02, dans sa thèse sur les albuminuries de l'enfant, cite également quelques observations, dont nous extrayons les suivantes, qui se rapportent à notre sujet :

OBSERVATION V

(*in thèse* Pallegoix, 1902)
Due au Dr Fèvre.

Au mois de février 1901, le Dr Fèvre de Fontenay-sous-Bois, est appelé dans une famille dont la fillette, une enfant de 6 ans 1/2, Suzanne B..., présente depuis quelques jours de la bouffissure des paupières.

A l'examen, on ne trouve rien, l'enfant un peu abattue et ayant de l'anorexie présente cependant peu de fièvre. La langue est sale.

Les urines recueillies sont foncées, il y a des urates mais l'analyse décèle bientôt la présence d'albumine. Un examen complet fait par un pharmacien de Fontenay signale la présence de globules rouges, de leucocytes, il y a des cylindres en petite quantité.

Dans les antécédents de la malade, il n'y a aucun fait auquel on puisse rattacher cette poussée de néphrite, si ce n'est que l'enfant présente habituellement une très grande sensibilité du côté de la gorge, et qu'elle a des végétations adénoïdes.

Le traitement au lait avec révulsion à la région lombaire est institué.

L'albumine cède en moins de quinze jours.

OBSERVATION VI

(*in thèse* Pallegoix)

Dans notre propre famille, nous avons eu l'occasion de donner nos soins au mois de juillet dernier à une petite parente âgée de 10 ans, Marcelle P..., qui fut prise subitement un jour en revenant de classe d'une véritable hématurie. Après avoir fait aussitôt coucher l'enfant, nous avons fait nous-même l'examen des urines et y avons trouvé de l'albumine. Le lendemain la température était 38°, soif vive ; la petite malade se plaignait de douleurs dans le ventre. Le traitement au lait aussitôt appliqué fit disparaître l'albumine au bout de deux jours, mais elle a réapparu dans les urines au sixième jour de la maladie pour disparaître complètement le huitième. Nous n'avons rien trouvé

dans les antécédents de la fillette qui put nous expliquer cette légère poussée. Toutefois l'enfant est sujette aux amygdalites. Elle a d'ailleurs des amygdales hypertrophiées à l'état naturel, de plus elle ronfle la nuit et dort la bouche ouverte, elle présente un facies nettement adénoïdien, elle a eu le croup l'an dernier. Comme notre attention était appelée de ce côté par l'idée même de ce travail, nous avons pensé qu'une inflammation subite des végétations adénoïdes était la cause directe de l'albumine.

Gallois encore, en 1902, rapporte à la Société de thérapeutique (séance du 25 juin), l'intéressante observation suivante (in *Bulletin général de Thérapeutique*) :

OBSERVATION VII

Albuminurie d'origine rhino-pharyngienne guérie en trois jours par le siphon de Weber.

Une jeune fille de 14 ans, plutôt grande pour son âge et d'apparence robuste, est prise le 11 mars 1902 d'une fièvre vive atteignant 39°5. Le 12, la fièvre est encore à 39, mais d'après un médecin, le Dr Galtier-Boissière, « sans rien pour l'expliquer, ni mal de gorge, ni toux, ni éruption ». Le 13, se produisit sur le ventre une éruption de quelques taches, ressemblant à de l'urticaire mais sans démangeaisons. Ces taches disparurent en partie dans la journée pour reparaître le lendemain. Le 15, il ne subsistait rien de l'éruption, mais le malade se plaignait d'une grande lassitude. Le 16, à l'examen des urines, on trouve 0 gr. 40 d'albumine, la température était de 36°5. Régime lacté absolu jusqu'au 20, où l'albumine tomba à 0 gr. 20. On permet à la jeune

fille œufs et gâteaux. Le 21, 0 gr. 40 d'albumine, on reprend régime lacté absolu.

Le 22, le Dr Galtier-Boissière me demande de voir la malade. Sans pouvoir me prononcer sur la nature des accidents qui s'étaient produits je constatai, en provoquant le réflexe pharyngien, un écoulement assez abondant de mucosités purulentes provenant de l'arrière-cavité des fosses nasales. Je dis que ce muco-pus était à mon avis suffisant pour entretenir l'albuminurie, et je conseillai pulvérisations boriquées ou siphonages ; en même temps j'engageais à continuer l'usage du lait, associé à une alimentation ordinaire.

Le soir même on fit le premier siphonage avec un simple bock. Le lendemain 23, l'albumine n'était plus dosable ; le 26 elle avait disparue, ainsi que le catarrhe rhino-pharyngien ; le 27 la malade partait à la campagne. Le 30 on cesse les lavages du nez, et, depuis, les accidents n'ont plus reparu, le régime lacté mixte fut continué jusqu'au 30, où la malade reprit son régime habituel.

Hougardy, assistant de clinique infantile à l'Université de Liège, dans le *Scalpel* du 17 décembre 1905, signale un fait qu'il a eu bien souvent l'occasion de constater, « à savoir, dit-il, l'éclosion de néphrite chez des enfants atteints de lésions chroniques des amygdales », et il cite à ce sujet l'observation suivante :

OBSERVATION VIII

L'auteur fut appelé en ville près d'une jeune fille de 14 ans atteinte d'une néphrite aiguë en apparence primitive. Cependant les amygdales étaient nettement hypertrophiées,

cette hypertrophie ne s'accompagnant d'ailleurs d'aucun signe d'infection. Les phénomènes de petite urémie qui s'étaient produits lors de la première visite médicale, ne tardèrent pas à disparaître, et l'albumine diminua à son tour, sans cependant cesser complètement ; au bout de trois mois de régime, on constatait encore une élimination de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 d'albumine dans les vingt-quatre heures. C'est alors que l'auteur se décida à pratiquer l'ablation des amygdales, la persistance de l'albuminurie lui faisant craindre une aggravation des symptômes en cas de nouvelle poussée d'amygdalite. Or, huit jours après l'opération, l'albumine disparut d'une façon définitive, malgré le retour à un régime alimentaire normal. L'auteur pense donc que l'ablation des amygdales a eu dans ce cas un heureux effet sur la regression des signes de phlegmasie rénale, et il se propose d'avoir recours à cette opération dans les cas analogues qui se présenteront à son observation.

En 1910, un auteur allemand Curschmann, dans le N° du 8 février du *Munchener Medizinische Wochenschrift*, insiste sur le rôle considérable qui revient aux affections suppuratives des amygdales dans la genèse des états septicémiques. « Je crois notamment, dit-il, qu'on pourrait éclairer beaucoup la pathogénie de la plupart des septicémies prétendues cryptogéniques, si chaque fois l'attention était attirée du côté des amygdales ; j'ai vu bien des cas où, sur une coupe d'une amygdale un peu hypertrophiée et non suspecte, on découvrait une petite collection purulente, dont parfois la grosseur ne dépassait pas celle d'une lentille, et qui était la source de l'infection septicémique... Et la part qui revient aux amygdalites simples ou suppurées dans la genèse de

certaines néphrites, aiguës ou chroniques, surtout hémorragiqnes, est beaucoup plus considérable qu'on ne le suppose généralement. Néphrite et amygdalite peuvent être des conséquences simultanées d'un même processus infectieux ; plus fréquent est le cas où la néphrite se présente en tant que complication ou suite d'une amygdalite et notamment d'une amygdalite chronique ; et les amygdalites ne paraissent pas profondément altérées à la simple inspection directe ; tout au plus sont-elles un peu proéminentes, et d'une teinte un peu plus foncée que de coutume. On voit l'importance de tels faits au point de que thérapeutique comme au point de vue étiologique : il m'est arrivé *trois fois au cours de ces derniers temps d'obtenir à la faveur d'un traitement opératoire de la lésion amygdalienne une guérison rapide et durable, dans des cas de néphrite hémorragique d'origine tonsillaire.* »

« Quant au mécanisme de production de la néphrite en question, ajoute Curschmann, je crois que dans la majorité des cas, celle-ci est l'œuvre exclusive des toxines ; toutefois l'ensemencement des sédiments urinaires m'a donné quelquefois des cultures pures de staphylocoques ou de streptocoques. Bien entendu dans tous ces cas le recours à un traitement local, amygdalien, est tout indiqué, et amène une guérison rapide et durable. »

D'autres auteurs allemands partagent cette opinion ; Paesller, au 28e Congrès allemand de Médecine à Wiesbaden (avril 1911), sous le titre « Infection amygdalienne permanente », fait une communication relatée ainsi dans les *Archives de Laryngologie* : « Se basant sur les recherches faites sur les sujets porteurs d'infection permanente des

amygdales (pus dans loges amygdaliennes, bouchons, etc.) et sur les effets de la tonsillectomie, l'auteur estime que non seulement la polyarthrite, le rhumatisme, leurs conséquences (chorée, cardiopathies), mais des intoxications et infections légères, l'albuminurie cyclique, l'appendicite récidivante ont pour cause l'infection permanente des amygdales. On les énucléera et on veillera à ce qu'en d'autres organes (sinus, dents, amygdales pharyngiennes) il n'y ait pas d'autres sources infectieuses ».

Réthi (de Vienne), dans le N° 7 du *Wiener Klinisch. Woch.* (1912), dans un article « Les amygdales comme point de départ de l'infection générale », analysé par les *Archives de Laryngologie*, 1912, est d'avis également que les amygdales peuvent être le point de départ des infections cryptogéniques, même sans qu'il y ait des antécédents angineux. Et il signale un cas très compliqué : température élevée, hématuries, souffles cardiaques, hypertrophie splénique, pleurésie exsudative, foyers pneumoniques des deux côtés, etc. L'état fut jugé désespéré. Rien n'expliquait cette infection généralisée, quand Rétlie proposa la discission des amygdales qui avaient l'aspect normal. Il extirpa de nombreux bouchons, et vingt-cinq jours après le malade était guéri. Réthi a vu d'autres cas, surtout ressemblant à celui-ci par l'absence ou l'insignifiance des altérations amygdaliennes. Le résultat de l'intervention justifie le lien de causalité qu'il voit entre l'amygdalite et les infections générales. Dans les cas où l'état est grave, on ne pratique pas l'ablation, mais le morcellement ou discission et curettage.

H. Eppinger revient sur cette question dans un article du *Wiener. Méd.Woch.*, 1912, nº 24 (Zur Thérapie der akuten nephritis), et insiste sur l'insidiosité de certaines de ces néphrites qui succèdent aux angines; souvent elles ne se traduisent pendant plus ou moins longtemps, que par l'albuminurie, fréquemment aussi par l'hématurie et peuvent aboutir après plusieurs années à la symptomatologie d'une néphrite grave. « J'ai vu, dit Eppinger, trois cas de néphrite post-angineuse, et que l'on traitait depuis quatre mois sans aucun résultat... Dans ces 3 cas, les amygdales étaient non seulement augmentées de volume, mais encore comme déchiquetées ; la double amygdalectomie montra chez ces trois malades ces organes infiltrés dans leur couche profonde d'un pus fétide. Immédiatement après l'opération, la néphrite s'améliora de façon surprenante. »

OBSERVATION IX

Femme de 35 ans n'ayant jamais été malade. Trois accouchements normaux à 20, 22 et 25 ans. Six mois avant son entrée à l'hôpital, angine avec température élevée ; alors l'examen des urines décèle la présence d'une grande quantité d'albumine et de sang ; au microscope, globules rouges, cylindres, cellules épithéliales et leucocytes. Faible œdème des membres inférieurs, qui disparaît d'ailleurs les jours suivants ; la malade se trouve mieux, la quantité des urines est de 1.000 à 1.500 cc.; dans l'urine, il y a encore du sang et de l'albumine (3 gr. 50 pour 1 litre au tube d'Esbach). Pendant les six

mois qui suivent, mêmes caractères des urines : l'albumine oscille entre 3 et 5 gr. Cependant l'amygdale droite était augmentée de volume, comme déchiquetée, mais non enflammée ; l'amygdale gauche avait à peu près les mêmes caractères. L'amygdalectomie montra, à droite, un abcès avec un pus fétide, qui renfermait des streptocoques ; l'amygdale gauche était un peu grosse, mais non infiltrée de pus. Huit jours après l'opération, la quantité d'albumine tombe dans les urines ; les globules rouges disparaissent. Trois semaines après, il n'y a plus ni hématuries, ni albuminurie.

OBSERVATION X

Jeune homme de 19 ans, souffre depuis longtemps d'angines qui se reproduisent tous les ans ; au début de sa dernière angine, se montrent tous les signes d'une néphrite aiguë : œdème du visage, globules rouges dans l'urine, albuminurie, cylindres. Le malade est mis au régime lacté. La quantité d'albumine est de 3 gr. 50 à 4 gr. pour 1 litre.

L'amygdale droite est augmentée de volume, très rouge, couverte de nombreux points blancs.

Après l'ablation des deux amygdales, albuminurie et hématurie diminuent considérablement. Un mois après, l'urine est devenue normale.

OBSERVATION XI

Femme de 27 ans, cuisinière, se plaint souvent d'inflammations de la gorge. Pas d'antécédents pathologiques. Pendant son premier séjour à l'hôpital, où elle était entrée pour

angine, se montre un faible œdème du visage ; l'urine contient des globules rouges, et de l'albumine (2 gr. par litre). 14 jours après contre le gré du médecin, la malade sort de l'hôpital. Neuf semaines plus tard, la malade doit rentrer. Mêmes caractères de l'urine que pendant son premier séjour; la quantité d'albumine est de 3 grammes par litre, l'urine contient encore du sang ; les deux amygdales sont enlevées ; on trouve dans leur intérieur des cavités remplies de pus, riches en bactéries (surtout streptocoques). Aussitôt après l'ablation des amygdales, un mieux sensible se manifeste dans l'état de la malade ; trois semaines plus tard, ni albumine ni sang dans l'urine.

Et Eppinger conclut : l'influence extraordinairement favorable qu'a eue ici l'ablation des amygdales ne paraît si frappante que je recommanderais volontiers dans tous les cas de nephrite aigüe, où les commémoratifs indiquent qu'il s'est agi d'une amygdalite, et où, d'autre part, l'inspection des amygdales les montre augmentées de volume et comme « déchiquetées », d'essayer sans retard d'agir sur l'évolution de la néphrite par l'ablation des amygdales ».

Parmi les auteurs français qui se sont récemment occupés de cette question, citons particulièrement le docteur Gruet, médedin-prinéipal de 2e classe à l'hospice-mixte d'Angers. Dans un 1er article paru dans le *Journal des Patriciens* (13 mai 1911) « l'Albuminurie dans l'Amygdalite chronique », il dit que dans la forme lacunaire notamment ainsi que dans le forme lacunaire notamment ainsi que dans certains abcès chroniques ou à répétition de la tonsille, cette complication, bien que rare, a une réelle importance, et il cite à l'appui de sa thèse toute ude série de cas :

OBSERVATION XII

Dans l'un de ces faits, dit le Dr Gruet, que nous devons à l'obligeance du Dr Coupard, l'éminent spécialiste parisien, il s'agissait d'une jeune fille qui était atteinte d'amygdalite lacunaire. Notre confrère en raison de l'état général de la jeune fille, soupçonna la présence de l'albumine et fit procéder par un pharmacien à l'analyse des urines, analyse qui décela une proportion notable d'albumine dans les urines diurnes et une absence complète de cette substance dans les urines de la nuit. Le morcellement des amygdales fut suivi de la disparition complète de l'albumine et d'un relèvement de l'état général au bout de deux mois.

OBSERVATION XIII

Jeune fille d'ailleurs d'une bonne santé, qui présentait le même syndrome (albuminurie orthostatique) attribué par un médecin à l'arthritisme ou à une intoxication d'origine intestinale qui ne se manifestait d'ailleurs par aucun autre symptôme. Le morcellement de l'amygdale amène également la guérison au bout de quelques mois.

OBSERVATION XIV

Malade âgée de 40 ans, qui était traitée depuis plusieurs années pour une albuminurie minime de 0 gr. 10 à 0 gr. 50, mais persistante attribuée à des troubles digestifs. Cette

malade portait un abcès chronique de l'amygdale, abcès qui subissait fréquemment des poussées aiguës fébriles très douloureuses. Lasse de souffrir elle se décida à subir le morcellement de l'amygdale et vit disparaître son albuminurie. Les troubles digestifs s'amendèrent aussi notablement après l'opération.

OBSERVATION XV

Homme de 35 ans, atteint d'amygdalite lacunaire, et traité depuis plusieurs années pour dyspepsie et diarrhée rebelle. Présentait un mauvais état général et des traces d'albumine. Tous ces troubles s'amendèrent après le morcellement des amygdales.

L'amélioration des symptômes gastro-intestinaux se dessina un mois après l'opération, alors que tous les traitements médicaux dirigés contre la dyspepsie avaient échoué jusque-là ; l'albumine disparut au bout de trois mois.

OBSERVATION XVI

Femme de 38 ans, d'une bonne constitution, sans antécédents morbides personnels, a eu deux enfants, a beaucoup souffert des reins pendant sa dernière grossesse, mais n'a pas eu d'albuminurie à cette époque. Deux ans plus tard, en soignant un de ses enfants atteint d'amygdalite inflammatoire simple, elle contracta une angine. Deux jours après le début de l'affection, hématuries pendant trois jours consécutifs, puis les urines reprennent leur coloration normale,

mais l'analyse révèle 2 grammes d'albumine par litre pendant trois semaines, en dépit du régime lacté intégral.

Six mois plus tard nouvelle angine, beaucoup moins intense, mais avec une albuminurie d'une durée de quinze jours. Un ans après, atteinte encore plus légère d'angine sans phénomènes douloureux du côté de la gorge, mais avec grand malaise général, fièvre, mauvais goût dans la bouche.

A chaque poussée aiguë on constate des dépôts caséeux à l'orifice des cryptes ; la malade est très incommodée par un mauvais goût dans la bouche ; c'est ce symptôme qui lui fait diagnostiquer son angine et attribuer à cette affection les malaises qu'elle éprouve assez fréquemment, et au cours desquels elle constate des traces d'albumine.

Malaises et albumine disparaissent vers l'âge de 23 ans, et leur disparition coïncide avec l'atrophie de l'amygdale.

Depuis trois ans cette femme jouit d'une santé parfaite.

OBSERVATION XVII

M. E. J. Moure (de Bordeaux) nous a signalé, dit Gruet, un cas d'albuminurie à forme orthostatique occasionnée et entretenue par des suppurations adénoïdiennes. L'albumine disparaît avec la cause qui l'avait produite, après curettage du naso-pharynx.

OBSERVATION XVIII

M. Mourre nous a également communiqué un autre fait non moins typique. Il s'agissait d'un malade profondément cachectique, présentant en même temps de l'albuminurie et

du purpura hémorragique. Le tout céda, non pas par la cure radicale de la sinusite qui ne fut pas pratiquée, mais par la simple ouverture alvéolaire qui permit au malade de laver ses cavités infectées et suffocantes matin et soir.

Il revint rapidement à la santé, au point de reprendre ses occupations. Sa santé est restée parfaite, bien qu'il ait dû conserver jusqu'à il y a quelques années les deux clous en ébonite placés dans son alvéole.

Dans un second article, paru dans *le Caducée* (De quelques complications de l'infection. Chronique des amygdales, janvier 1913), le dr Gruet revient sur ces faits et donne les trois observations suivantes :

OBSERVATION XIX

Angine lacunaire. Albuminurie intermittente.

Cout... au 33e d'artillerie, entre à l'hôpital d'Angers le 6 octobre 1911, pour se faire opérer d'une hernie, ne paraît pas en état de supporter l'aléa de l'opération. Quantité notable d'albumine dans l'urine, angine lacunaire avec hypertrophie des amygdales et bouchons caséeux à l'orifice des cryptes.

L'amygdalotomie est suivie de la disparition rapide de l'albumine et du relèvement de l'état général. Le malade reprend son service jusqu'au mois de mai 1912, où l'albumine reparaît à doses faibles. L'amygdale droite présente encore quelques cryptes infectées, qui sont supprimées avec la pince de Ruault. L'albumine disparaît définitivement. Un mois plus tard, C... supporte parfaitement la cure de la hernie ; l'anémie et l'asthénie ont disparu à tel point que C... refuse de passer dans le service auxiliaire. En août 1892, il nous écrit que sa santé ne laisse rien à désirer.

OBSERVATION XX

Angine lacunaire. — Albuminurie intermittente et hématuries

H... du 135e d'infanterie a été atteint d'angine avec hématuries à l'âge de 16 ans. Il éprouve depuis cette époque des malaises généraux assez fréquents sans angine bien caractérisée, mais avec un mauvais goût dans la bouche et haleine fétide.

Au régiment, en mars 1910, nouvelle hématurie avec inappétence, céphalée et fièvre, sans angine bien caractérisée, ne se fait pas soigner.

En juin 1910, angine traitée à l'infirmerie, puis entrée à l'hôpital pour albuminurie.

En décembre 1910, nouvelle entrée à l'hôpital pour albuminurie et amygdalite lacunaire chronique.

L'amygdalotomie est suivie de la disparition de l'albuminurie au bout de huit jours, le malade reprend son service. Vers août 1912, il nous écrit que l'albumine n'a pas reparu, et qu'il exerce, sans difficulté aucune, son dur service de domestique de ferme.

OBSERVATION XXI

Angine lacunaire. Albuminurie intermittente.
Adénite cervicale chronique.

Bris... 25e dragons. — Première angine à 12 ans. Depuis cette époque malaises fréquents avec fièvre, atteinte cervicale, mais sans angine.

En juin 1910, à l'hôpital le Dr Mandoul constate de l'albuminurie intermittente et un certain degré d'imperméabilité rénale. Rétablissement incomplet, congé de convalescence de trois mois.

En mai 1911, angine avec fièvre traitée à l'infirmrie, puise évacuation sur l'hôpital pour adénite cervicale chronique. L'amygdalotomie est bientôt suivie de la disparition de l'albumine. Les ganglions cervicaux restent durs, sclérosés, de volume considérablement réduit.

Le 16 août 1912, le malade nous écrit que sa santé est parfaite, qu'il n'a plus ni albumine, ni adénite.

Nous-même, grâce à la bienveillance de M. le professeur agrégé Castaigne et de M. le docteur Bourgeois, nous avons pu recueillir les observations suivantes :

OBSERVATION XXII

Amygdales hypertrophiques. Hématuries. Albuminurie.

C..., 20 ans, femme de chambre.

Antécédents personnels : dans l'enfance, coqueluche, rougeole, pas de scarlatine. Il y a deux ans, grippe avec hématuries qui durèrent huit jours, et guérirent spontanément. Cet hiver, trois attaques de grippe, toujours accompagnée d'hématuries, les deux premières durèrent quatre à cinq jours et guérirent spontanément. A la 3e atteinte la malade est adressée par le M. le Dr Gaulieur l'Hardy à M. le professeur Castaigne, à la Charité, qui examine le pharynx, et trouve les amygdales hypertrophiées, bien que la malade ne se soit jamais plainte. Les urines ont été examinées deux fois : 5 grammes d'albumine la première fois, 1 gramme la deuxième fois après régime lacté.

Le Dr Bourgeois fait l'examen de la gorge le 28 février 1913 : de chaque côté, amygdales grosses avec repli triangulaire très prononcé et une ébauche de repli semi-lunaire. Les deux amygdales sont creusées d'un sillon profond qui les sépare du pôle supérieur recouvert du pli semi-lunaire ; le 4 mars 1913 : section des plis. Ablation à l'anse froide. On finit l'évidement de la partie supérieure de la loge amygdalienne d'un coup de morceleur.

La malade, revue depuis, ne présente plus trace d'albumine, et n'a plus présenté d'hématuries.

OBSERVATION XXIII

W..., 33 ans, garçon épicier.

Angine à répétition depuis l'âge de 20 ans, avec abcès.

Albumine ne fut jamais recherchée.

Opéré de lithiase biliaire en 1909.

Le 25 décembre 1912, nouvelle angine ; amygdalite gauche, puis abcès, ouvert par vomitif à la Charité.

Le 10 janvier 1913, nouvelle amygdalite droite, avec abcès dans le pilier postérieur droit.

Examen des urines montre de l'albuminurie.

Incision de l'abcès.

Quelques jours plus tard, ablation des amygdales, enchatonnées toutes deux.

Le malade, revu, ne présente plus d'albumine.

OBSERVATION XXIV

Qu..., 26 ans, infirmier.

En 1906, au mois de décembre, angine double qui dure huit jours ; hématurie, pas d'albumine.

En 1907, nouvelle angine, hématurie et pyurie.

En 1909, un peu d'albumine des urines, pas d'angines.

En décembre 1911, angine, hématurie. Albuminurie abondante.

Depuis l'albumine n'a jamais disparu complètement.

En juin 1912, angine, hématurie et recrudescence d'albumine.

2 juillet 1912, ablation des deux amygdales.

20 juillet : il subsiste traces d'albumine.

Le malade, revu, ne présente plus d'albumine.

OBSERVATION XXV

M. G..., 47 ans, Ivry.

Souffrait depuis longtemps de fréquents abcès de l'amygdale gauche.

Albumine n'avait jamais été cherchée dans les urines, qui étaient parfois sanglantes.

En juillet 1912, abcès de l'amygdale gauche qui nécessite intervention du médecin ; à ce moment, examen des urines est fait : 9 grammes d'albumine par litre.

Régime lacto-végétarien et déchloruré.

Hématuries sont toujours assez fréquentes.

Albumine descend à 6 grammes.

Malade consulte le Dr Castaigne en janvier 1913.

Celui-ci adresse la malade au Dr Bourgeois, qui fait l'ablation de l'amygdale gauche.

Huit jours après, nouvel examen des urines : 5 grammes d'albumine. Des examens successifs sont faits tous les huit jours et montrent une diminution graduelle de l'albumine, jusqu'à 3 grammes au début de mars 1913.

A ce moment la malade est atteinte de bronchite avec congestion pulmonaire, qui n'est pas encore guérie (mai 1913) ; et l'examen des urines n'a pas été refait.

OBSERVATION XXVI

H. Par..., 17 ans, employé de commerce à Mirecourt.

Après une angine pour laquelle le médecin ne fut pas appelé, il est atteint de néphrite aigüe avec purpura et douleurs articulaires. A cet état, fait suite une néphrite subaigüe, qui s'amende pendant les mois d'août et septembre 1912 : à ce moment, il n'y a plus d'albumine dans l'urine.

A la fin de septembre 1912, alors que le sujet avait repris ses occupations depuis quelqnes semaines, et s'était ainsi départi presque complètement de son régime, l'albumine réapparaît dans l'urine à un taux de 0 gr. 40, et, malgré un régime lacto-végétarien soigneusement observé, la quantité d'albumine oscille entre 0 gr. 25 et 0 gr. 35, en même que persiste une légère bouffisure des paupiéres.

En janvier 1913, le malade est adressé par son médecin traitant à Monsieur le docteur Castaigne ; celui-ci fait examiner les amygdales du malade par le docteur Bourgeois : « amygdales petites, enchâtonnées, répond le docteur

Bourgeois) présentant chacune une ou deux cryptes à contenu caséeux, et chroniquement infectées avec drainage nul ».

Les amygdales sont libérées complètement, puis enlevées. Quelques jours après l'opération, l'urine ne présente plus de trace d'albumine.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE DE L'ALBUMINURIE CONSÉCUTIVE A UNE AMYGDALITE CHRONIQUE

De ces diverses observations, nous essayerons de dégager le type clinique du syndrome que nous avons étudié, et d'en fixer les traits essentiels.

Nous avons affaire le plus souvent à un sujet, enfant ou adulte, qui présente une sensibilité assez marquée du côté de la gorge ; il a déjà été atteint d'une ou plusieurs angines aiguës, qui ont été diagnostiquées, traitées, et qui semblent avoir guéri. Parfois cependant d'emblée l'infection s'est installée à l'état subaigu, presque latent. En tout cas, généralement, quand le médecin est consulté le malade ne se plaint pas de la gorge, et rien n'attire de ce côté l'attention du médecin.

Le malade présente bien de temps en temps, plus ou moins fréquemment, quelques poussées subaiguës du côté de son amygdale, où l'infection semble se réveiller : il accuse alors des malaises, de la céphalalgie, de l'inappé-

tence, même un léger mouvement fébrile ; mais on ne peut guère, de ces malaises, attribuer la cause à l'état du pharynx : l'examen superficiel ne montre aucun symptôme inquiétant, une simple rougeur seulement, souvent même l'amygdale, enchatonnée, masque ainsi son hypertrophie ; et la maladie est diagnostiquée « embarras gastrique » ou « grippe légère ».

Un jour, cependant, soit à l'occasion de ces malaises qui persistent, ou d'un mauvais état général dont on ne peut découvrir la cause, soit encore à l'occasion d'une opération (comme dans une observation de Gruet : observ. XIX) l'urine est examinée, et on y découvre une quantité plus ou moins grande d'albumine. Ou bien encore, l'attention du médecin est nettement attirée du côté des reins : le malade présente de l'œdème des membres inférieurs et des paupières, comme dans plusieurs des cas que nous relatons, et l'examen des urines est fait aussitôt.

La quantité d'albumine est d'ailleurs variable ; minime dans quelques observations, elle est élevée dans certaines autres et peut atteindre 3 grammes et plus. Elle est constante parfois, intermittente dans d'autres cas et, souvent alors, orthostatique.

Un autre symptôme de grande importance et assez constant nous a paru être l'hématurie, hématurie intermittente, et d'ailleurs plus ou moins abondante. Parfois du reste cet aspect particulier de l'urine attire l'attention du malade, et l'amène à la consultation. L'hématurie était abondante, chez un des malades de Gallois (*in* Thèse Letainturier de la Chapelle. Observ. II), chez une malade

de Pallegoix (Obs. VI), chez la plupart des malades de nos observations ; Gruet a attiré également l'attention sur ce symptôme, et les auteurs allemands, Curschmann, Eppinger insistent sur son importance clinique ; souvent d'ailleurs l'hématurie, assez peu abondante pour donner à l'urine une coloration spéciale, peut être décelée par un examen microscopique : Pallegoix cite la malade du Dr Fèvre (Obs. V), où l'examen montre dans l'urine la présence de globules rouges ; les malades d'Eppinger (Obs. IX, X, XI) avaient également des globules rouges dans leur urine. L'hématurie est donc un symptôme important dans ces cas d'albuminurie amygdalienne : M. Castaigne pense même que c'est un symptôme à peu près constant, et que tous ces malades présentent une hématurie, sinon macroscopique, du moins microscopique.

Cependant contre l'albuminurie et l'hématurie, les divers traitements sont mis en œuvre ; le régime lacté est scrupuleusement suivi, le repos est prescrit, diverses médications instituées. Mais les résultats sont nuls ou à peu près : l'albumine diminue parfois, mais persiste cependant, les hématuries se répètent à intermittences, et le médecin se hasarde dans les diagnostics étiologiques les plus variés: dans une observation de Gruet (Obs. XIII) ce cas d'albuminurie orthostatique était rattaché par le médecin traitant à l'arthritisme ou à une intoxication d'origine intestinale ; d'autres fois on attribue à ces albuminuries une origine digestive, ou encore une débilité congénitale ou acquise du foie ou des reins ; on prononce parfois le mot de « tuberculose », on porte un pronostic mauvais.

Et puis, un médecin, averti, examine la gorge attentivement et, malgré que les amygdales semblent au premier aspect peu altérées, s'il se donne la peine, par exemple, suivant le conseil de Gürich et Curschmann, d'exercer une traction sur les piliers de l'amygdale de façon à découvrir les bords et surtout son tiers supérieur et sa pointe — sièges de prédilection des foyers inflammatoires et suppuratifs — il réussit souvent à découvrir le point de départ d'une albuminurie à laquelle il n'avait pas reconnu d'abord de cause appréciable.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE

Du reste, *l'efficacité du traitement amygdalien fait véritablement la preuve de la relation de causalité qui existe entre l'infection chronique des amygdales et le type clinique de l'albuminurie que nous venons d'étudier.* Sans doute les premiers observateurs ne font que constater la coexistence de l'amygdalite chronique et de l'albuminurie. Le tainturier de la Chapelle, dans les conclusions de sa thèse (*Thèse Paris*, 1897. Infections d'origine naso-pharyngienne), dit : « Dans certains cas, il semble que les altérations du naso-pharynx (il s'agit ici, notons-le, de végétations adénoïdes) aient été une cause suffisante des endocardites et néphrites, parce que nous n'avons pu retrouver aucune autre cause ».

De même, Pallegoix (*in Thèse Paris*, 1902), en relatant les deux observations (Obs. V et VI) que nous avons citées, dit qu'il « pense qu'une inflammation des végétations adénoïdes est la cause directe de l'albuminurie ». Combien les observations suivantes sont plus probantes

à notre point de vue, et combien elles éclairent mieux la véritable nature de cette albuminurie ! Galloix, en 1902, guérit en trois jours une albuminurie d'origine rhino-pharyngienne par des lavages de la gorge (c'est le titre même de son observation, Obs. VII) ; Hougardy, en 1905, pratique l'ablation des amygdales chez une malade qui avait encore, après trois mois de régime, une albuminurie assez minime, sans doute, mais persistante : huit jours après l'albuminurie disparaît définitivement (obs. VIII). Curschmann, trois fois, « à la faveur d'un traitement opératoire de la lésion amygdalienne obtient une guérison rapide et durable de l'albuminurie ». Nous ne reviendrons pas sur les cas que citent Eppinger, Rethi, Gruet, que nous citons nous-mêmes : dans tous ces cas, l'amygdalectomie, le traitement opératoire de l'amygdalite chronique amène la disparition rapide et durable de l'albuminurie et de l'hématurie. C'est là, à coup sûr, la meilleure preuve que nous puissions établir des relations qui existent entre les accidents que nous avons étudiés et l'infection chronique des tonsilles.

Comment comprendre la pathogénie de ces albuminuries ?

Nous avons vu que, dans l'angine aiguë, l'albuminurie était due surtout à une toxémie.

« Il est facile de comprendre que dans les amygdalites chroniques, en particulier dans l'angine lacunaire chronique, cette toxémie est de réalisation facile. Les cryptes sont remplies de calculs, d'amas caséeux où se rencontrent les germes les plus variés : staphylocoques,

streptocoques, diplocoques, leptothrix ; sous certaines influences (infection intercurrente, refroidissement, par exemple) la virulence des agents pathogènes est exaltée, leurs toxines acquièrent une nocivité plus grande du fait que ces inflammations ont pour résultat de retrécir ou même d'oblitérer l'orifice des cryptes, réalisant ainsi le vase clos. Il est facile de concevoir que dans ces cavités à orifices rétrécis ou oblitérés, l'infection doit se prolonger longtemps, à l'état subaigu, réalisant ainsi une véritable toxémie et toutes les conditions productrices de l'albuminurie » (*In* Gruet).

La même pathogénie peut s'appliquer aux albuminuries consécutives aux végétations adénoïdes, celles-ci étant la forme inflammatoire chronique de l'amygdale pharyngienne. Goure (*in Thèse, Paris*, 1896), dans un ensemencement du mucus des végétations adénoïdes, a d'ailleurs trouvé très souvent des agents pathogènes (streptocoques et staphylocoques). Toute amygdale chroniquement enflammée (sous quelque forme que ce soit) doit donc être considérée comme un foyer local de résorption toxique en même temps que comme une porte ouverte aux infections extérieures sur le milieu intérieur.

Peut-on essayer de rattacher cette albuminurie à une forme de néphrite, peut-on, du moins ici, dans cette variété particulière d'albuminurie, parler de néphrite, c'est-à-dire de lésion rénale ? C'est à coup sûr une question difficile à résoudre.

Dans quelques cas, Gruet fait remarquer à juste titre qu'on croit suivre l'histoire d'un début de néphrite chro-

nique. Certaines observations (comme celles d'Eppinger, Obs. IX, X, XI) semblent ne laisser aucun doute à cet égard ; le malade présente de l'œdème des membres inférieurs et des paupières, il semble donc qu'il y ait là rétention chlorurée ; l'examen de l'urine montre des cylindres des cellules épithéliales, à côté de l'albumine et des globules rouges. — Dans d'autres cas, l'albuminurie constitue le seul symptôme (avec l'hématurie) ; il est vrai que, dans la plupart des observations, des recherches suffisantes n'ont pas été faites sur le degré de perméabilité du rein ; Gruet cependant, dans un de ses cas, relate l'imperméabilité rénale que présentait son malade (Obs. XXI).

Ces albuminuries amygdaliennes peuvent-elles conduire à la néphrite chronique ? Nous ne voyons rien dans nos observations qui puisse nous permettre de répondre à cette question. Les malades n'ont en général pas été suivis pendant assez longtemps ; Gruet nous dit cependant que depuis cinq ans, la guérison s'est maintenue chez un certain nombre de sujets, dont il a rapporté l'observation.

En tout cas, tous les malades, après le traitement amygdalien, ont guéri spontanément et rapidement, et n'ont plus vu reparaître, même après un laps de temps parfois assez long, ni hématurie, ni albuminurie. Tous ces cas ayant eu une issue favorable, il nous est donc impossible de nous appuyer sur les résultats d'une autopsie pour étudier l'anatomie pathologique de ce syndrome ; et nous ne pouvons que rester dans le domaine des hypothèses, l'étude de la perméabilité rénale n'ayant pas

d'autre part été faite systématiquement. En tout cas, s'il y a néphrite, c'est-à-dire altérations rénales, il semble bien que ces lésions restent superficielles, et soient susceptibles de guérison définitive, quand la cause du mal est supprimée.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Le seul traitement efficace que nous puissions opposer à cette albuminurie est en effet le traitement amygdalien. Chaque observation nous apporte, à ce point de vue, un élément concluant, et nous ne reviendrons pas sur ce sujet, que nous avons étudié au chapitre de l'étiologie.

Le régime lacté, ou tout autre régime sévère et prolongé, est institué, parfois même une médication est prescrite ; mais tout cela est pour le moins inutile ; l'albuminurie persiste tant que sa cause échappe au médecin, tant que le traitement amygdalien n'est pas fait.

Ce traitement amygdalien est d'ailleurs variable : nous avons vu Gallois, dans une observation (Obs. VII), guérir en trois jours une albuminurie par des lavages de la gorge, c'est là certes une thérapeutique possible, mais qui, cependant dans la plupart des cas, ne donnerait pas de résultat. Le traitement de l'amygdalite chronique doit être un traitement opératoire qui supprime le foyer infectieux.

La discission de l'amygdale, dans les cas d'amygdalite lacunaire, est assez souvent employée, mais est insuffisante : on introduit un crochet mousse dans les orifices des cryptes, et l'on rompt par traction la paroi derrière laquelle se trouve l'instrument ; lorsque toutes les cryptes sont ouvertes, on frotte la région avec une solution iodée.

Certains médecins, comme le Dr Coupard (selon Gruet), se contentent parfois de sectionner le pilier antérieur avec de longs ciseaux. Cette section porte sur la partie supérieure du pilier, et se dirige de bas en haut, et de dedans en dehors. Après cette opération, une amygdale qui paraissait petite, qui ne faisait aucune saillie en dedans du pilier, qui ne présentait souvent aucune lésion appréciable à la vue, apparaît farcie de dépôts caséeux, de calculs, et rappelle « l'aspect d'un gésier de poulet ouvert en pleine digestion ». Et cette simple incision, en permettant l'évacuation des cryptes, suffisait parfois pour assurer la guérison. On a reproché à ce procédé de laisser une déformation légère, mais persistante, du pilier ; on l'a aussi accusé d'exposer à l'hémorragie, pourtant le Dr Coupart n'a jamais observé d'hémorragie persistante.

Cette incision du pilier facilite d'ailleurs le morcellement de la glande. Ce morcellement de l'amygdale est en effet l'opération adoptée par la plupart des médecins ; le morcellement par la pince de Ruault est l'opération de choix, et en ayant soin d'enfoncer la pince derrière le pilier antérieur du voile qui cache souvent une partie de l'amygdale, ou bien en ayant recours à l'incision du pilier antérieur, on fait une ablation à peu près complète de l'amygdale. Chez le jeune enfant, l'amygda-

lotome, certes a l'avantage sur la pince de Ruoult de sectionner avec peu de douleurs et avec rapidité, mais à partir de 12 ans, elle expose à des hémorragies.

Sans doute, on a vu quelquefois la sclérose spontanée de la glande produire le même effet que le traitement opératoire ; et une observation de Gruet (Obs. VI) est à cet égard édifiante : chez une femme de 35 ans, malaises et albumine disparaissent, en même temps que s'atrophie l'amygdale. Mais c'est là bien plutôt encore une preuve de la relation de causalité entre amygdale et albumine, qu'un mode de guérison habituelle. Il ne faut pas attendre cette sclérose des glandes qui se produit d'ailleurs à un âge variable selon les sujets; c'est souvent affaire de plusieurs années au prix de dangers non négligeables.

Il faut supprimer la lésion locale, pratiquer le morcellement de l'amygdale, qui est, suivant l'expression d'Elliott (de Chicago) « foyer de fabrication et d'absorption de toxines », et instituer sans retard un régime tonique ; rapidement on assiste à la guérison de l'albuminurie et à la transformation de l'état général.

CONCLUSIONS

1° L'albuminurie peut apparaître comme complication de l'amygdalite chronique (hypertrophie amygdalienne, amygdalite lacunaire caséeuse, abcès chronique de l'amygdale).

2° Cette albuminurie est de type variable, continue ou intermittente (souvent orthostatique) et elle s'accompagne d'une hématurie à peu près constante, tantôt macroscopique, tantôt décelée seulement par l'examen microscopique de l'urine.

3. Il nous est difficile de rattacher cette albuminurie à une forme quelconque de néphrite. En tout cas, les lésions en sont très superficielles et sont susceptibles de guérison définitive quand la cause est supprimée.

4. En effet, le traitement amygdalien, c'est-à-dire le traitement opératoire de l'amygdalite chronique (discision, morcellement, etc.), entraîne, dans les cas typiques, une guérison rapide et durable de ce syndrome.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu : le Président de Thèse :
Ch. ACHARD.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Archives internationales de Laryngologie, Potologie, Rhinologie, Paris.

Attias. — *Thèse Paris*, 1901. De la rhino-pharyngite et amygdalite chronique, et de ses conséquences chez les enfants.

Benoist-Gonin. — *Thèse Lyon*, 1882. Etude clinique sur l'albuminurie des angines.

Bernard (Léon) et J. Comby. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 30 octobre 1908.

Bouchard. — *Bulletin Société clinique*, Paris, 1880. — *Transactions du Congrès de Londres*, 1881. — *Revue de Médecine*, 1881.

Castaigne (J). — In *Manuel des Maladies des Reins*. Debove-Achard-Castaigne.

Curschmann. *Munch .Medizin. Wochenschrift*, nº 6-1910.

Descoings. — *Thèse Paris*, 1890. Amygdalite, maladie contagieuse et infectieuse.

Dieulafoy. — In *Pathologie interne*, T. III.

Dubost. — *Thèse Paris*, 1896. Complications septicémiques et pyohémiques des angines aiguës non diphtériques.

Enriquez. — *Thèse Paris*, 1896-92. Etude bactériologique des néphrites infectieuses.

Eppinger. — Zur Thérapie der ahuten nephritis. *Wien. médiz. Wochen*, 1912, nº 24.

Elliott. — *New.-York Méd. Journ.*, mai 1909.

Galliot. — *Th. Paris*, 1911. Traitement des albuminuries de l'enfance.

Gallois. — *Bulletin Médical*, 26 sept. 1897.

Bulletin Général de Thérapeutique, 1902 (compte-rendu de la Société de thérapeutique, 25 juin 1902).

GOUGET. — *Presse Médicale*, 5 octobre 1912.

GRUET. — *Journal des Praticiens*, 13 mai 1911. — *Caducée*, 2 novembre 1912. — *Caducée*, 18 janvier 1913. — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 avril 1913.

GOURE. — *Th. Paris*, 1896-97.

GRENET. — *In. Pratique Médico-Chirurgicale.* Angine.

HOUGARDY. — *Bulletin Médical*, 23 décembre 1905 (d'après le *Scalpel* du 7 décembre 1905).

HUTINEL. — *Bulletin Médical*, 29 janvier 1910. Etiologie des néphrites de l'enfance. — *Traité des Maladies de l'enfance.*

JACQUES. — *Revue Médicale de l'Est*, 1er août 1910.

JANSELME. — *Gazette des Hôpitaux*, 25 janvier 1890. De l'arrière-gorge et de l'amygdale en particulier, considérées comme portes d'entrée des infections.

KANNENBERG. — Uber nephritis bei ahuten Infections krankheiten. In *Zeitschrift fur klin, Medizin*, 1880.

LAFFITTE. — *Thèse Paris*, 1888-89. Essai sur le mal de Bright et les néphrites.

LANDOUZY. — *Progrès médical*, 1883.

LASÉGUE. — *Traité des Angines*, 1868.

LESCA. — *Thèse Paris*, 1910-11.

LETAINTURIER DE LA CHAPELLE. — *Thèse Paris*, 1897-98. Infection d'origine naso-pharyngienne.

MERMOD. — Communication à la Société Vaudoise de Médecine. (in *Presse Médicale*, 6 mars 1912).

MILSONNEAU. — *Thèse Paris*, 1885. Angine infectieuse simple.

PALLEGOIX. — *Thèse Paris*, 1902.

PIQUAND. — (In *Medico-chirurgicale* : Amygdalectomie.

RETHI. — *Wien. Klinisch. Woch.*, 1912, nº 7.

RICKLIN. — *Revue internationale de Clinique et Thérapeutique*, 1910, nº 7.

ROUSSEAU. — *Thèse Paris*, 1888. Amygdalite infectieuse aiguë.

SALLARD. — *Thèse Paris*, 1892. Amygdalite aiguë.

TESTUT. — *Anatomie descriptive*, T. IV.

WIDAL. — Maladies des reins. In *Traité de Médecine*, de Brouardel et Gilbert.

Orléans, Imp. H. Tessier.